

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**"ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO:
ANTECEDENTE DE USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y
VARIABLES SOCIO-DEMOGRAFICAS DE PACIENTES DE
CONSULTA PSIQUIATRICA DE PRIMERA VEZ CON
DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO
DE ANIMO"**

Por

DR. PABLO PATRICIO ZARATE GARZA

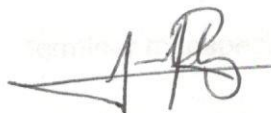
Como requisito parcial para obtener el Grado de

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

FEBRERO, 2016

"ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE
USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE
PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA VEZ CON
DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO"

Aprobación de la tesis:



DR. JOSÉ ANTONIO LÓPEZ RANGEL
Director de Tesis



DR. ALFREDO B. CUELLAR BARBOZA
Codirector de Tesis



DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS
Coordinador de Investigación



DR. STEFAN FERNANDEZ ZAMBRANO
Jefe del Servicio o Departamento



DR. ALFREDO B. CUELLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza



DRA. med. RAQUEL GARZA GUAJARDO
Subdirectora de Estudios de Posgrado

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



**“ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE
USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y VARIABLES SOCIO-
DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE
PRIMERA VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DEL
ESTADO DE ÁNIMO”**

Por

DR. PABLO PATRICIO ZÁRATE GARZA

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

FEBRERO, 2016

“ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE
USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE
PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA VEZ CON
DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO”

Aprobación de la tesis:

DR. JOSÉ ANTONIO LÓPEZ RANGEL
Director de Tesis

DR. ALFREDO B. CUELLAR BARBOZA
Codirector de Tesis

DR. FELIPE SANDOVAL AVILÉS
Coordinador de Investigación

DR. STEFAN FERNÁNDEZ ZAMBRANO
Jefe del Servicio o Departamento

DR. ALFREDO B. CUELLAR BARBOZA
Coordinador de Enseñanza

DRA. med. RAQUEL GARZA GUAJARDO
Subdirectora de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A mi madre Silvia Leticia Garza Carranza, a mis hermanos Jesús Arturo Zarate Garza y Carlos Andrés Zarate Garza que me ayudaron y apoyaron para terminar mi especialidad

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos que me ayudaron y apoyaron para poder cumplir el
objetivo de terminar mi especialidad

A mis maestros por todo el apoyo proporcionado, al Dr. Stefan Fernández, Dr.
Antonio López, Dr. Alfredo B. Cuellar-Barboza por su guía.

A todo el personal del Centro de salud afectiva del departamento de Psiquiatría

A mis pacientes por permitirme aprender junto a ellos

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. RESÚMEN.	10
Introducción y objetivos	
Método	
Resultados	
Conclusiones	
Capítulo II	
2. INTRODUCCIÓN.	11
Trastornos del estado de ánimo	
Trastorno depresivo mayor	
Trastorno bipolar	
Trastornos del estado de ánimo y abuso de alcohol	
Capítulo III	
3. HIPÓTESIS.	16
H1	
H0	
Capítulo IV	
4. OBJETIVOS.	17
Objetivo general	
Objetivos particulares	

Capítulo V

5. MATERIAL Y MÉTODOS. 19

Diseño metodológico

Población y muestra

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Criterios de eliminación

Consideraciones éticas

Cálculo del tamaño de la muestra

Análisis estadístico

Instrumentos

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

Procedimiento

Capítulo VI

6. RESULTADOS. 25

Características de la muestra

Características clínicas

Frecuencia de los trastornos del estado de ánimo

Características socio demográficas según diagnóstico

Características socio demográficas según género

Abuso de alcohol según género

Abuso alcohol y trastornos del estado de ánimo

Capítulo VII

7. DISCUSIÓN.44

Capítulo VIII

8. CONCLUSIÓN.	47
Capítulo IX	
9. ANEXOS (ejemplo).	49
9.1 Cuestionarios.	49
Capítulo X	
10. BIBLIOGRAFÍA.	71
Capítulo XI	
11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.	74

INDICE DE TABLAS

Tabla	Página
1. Frecuencias de la muestra.....	26
2. Características clínicas de la muestra.....	29
3. Características de la muestras.....	31
4. Características socio demográficas según genero.....	32
5. Uso y abuso de alcohol.....	33
6. Uso y abuso de alcohol en mujeres.....	34
7. Uso y abuso de alcohol en hombres.....	35
8. Uso de alcohol según diagnóstico clínico.....	37
9. Abuso de alcohol según diagnóstico clínico.....	38
10. Uso y abuso de alcohol según diagnóstico con MINI.....	40
11. Índices de severidad y abuso de alcohol	42

INDICE DE FIGURAS

Figura	Página
1. Muestra según genero	27
2. Diagnostico clínico de la muestra.....	28
3. Abuso de alcohol según genero	34
4. Abuso de alcohol en mujeres.....	35
5. Abuso de alcohol en hombres.....	36
6. Uso de alcohol según diagnóstico clínico	38
7. Cantidad de consumo de alcohol según diagnóstico clínico.....	39
8. Cantidad de consumo de alcohol según diagnóstico por MINI....	41
9. Uso de alcohol según diagnóstico por MINI	41
10. Edad de inicio de trastorno del estado de ánimo y abuso de alcohol...	43

CAPITULO I

1. RESUMEN

Introducción. Exploramos abuso y consumo de alcohol y otras sustancias, en consultas psiquiátricas de primera vez, una cohorte retrospectiva de trastornos del estado del ánimo (TA), comparando distintos trastornos: bipolar (TB), unipolar (DU) y otros trastornos del estado de ánimo (TO).

Material y métodos. Seleccionamos expedientes clínicos de pacientes mayores de 18 años en Consulta del Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario, UANL; de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013. Se utilizaron los criterios del DSM-IV-TR. Variables de consumo fueron auto-reporte. Utilizamos Chi², t-test, ANOVA para análisis estadístico.

Resultados Existe una diferencia significativa en el uso y abuso de consumo de alcohol en los pacientes bipolares tipo 2 en comparación con los demás pacientes con trastorno del estado animo (uso 48% TDM, 51% TB 1, 79% TB 2) (abuso 15% TDM, 14% TB 1, 39% TB 2). Existe una diferencia significaba entre el consumo de alcohol de las pacientes femeninas entre los diferentes diagnósticos, siendo las pacientes bipolares tipo 2 las que consumen mayor cantidad de alcohol (TDM 11.8% [n=20], TB 1 4.8% [n=1], TB 231.8% [n=7], p=0.001).

CAPITULO II

INTRODUCCION

Los trastornos del estado de ánimo incluyen: trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno bipolar (TB), y otros trastornos del estado de ánimo (trastorno distímico, trastorno ciclotímico, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo no especificado) 1.

El trastorno depresivo mayor está definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) como un trastorno en donde uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o anhedonia. En el TDM se encuentran 5 o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido, anhedonia, aumento/disminución de peso (5% del peso corporal en 1 mes) y/o hiperfagia/hiporexia, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de minusvalía o culpa excesiva, disminución en la concentración, ideas de muerte y/o ideación suicida. Los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, la mayoría de los días. Los síntomas causan un malestar clínico significativo y/o un deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento¹.

Los pacientes con TB presentan episodios caracterizados por humor persistentemente elevado y/o irritable conocidos como manía/hipomanía los cuales alternan con episodios de depresión. Los TB a su vez se dividen en 2 subtipos principales Trastorno Bipolar tipo I (TB-I) y Trastorno Bipolar tipo II (TB-II). Para realizar el diagnóstico de TB-I según el DSM-IV se requiere de un episodio maniaco. No se requiere de la presencia de un episodio depresivo; sin embargo se presentan con frecuencia. El diagnóstico de TB-II se requiere de uno o más episodios de hipomanía junto con uno o más episodios de depresión mayor². Las diferencias entre episodios de manía e hipomanía se encuentran en la duración del episodio (un mínimo de cuatro días para el episodio de hipomanía y para el episodio de manía siete días o cualquier duración en caso de ser necesaria la hospitalización) y la gravedad del episodio (en el episodio de hipomanía no hay síntomas psicóticos y los síntomas no son los suficientemente graves como para causar deterioro social/laboral importante, y/o necesidad de hospitalización) ¹.

De acuerdo a la OMS existen 350 millones de personas afectadas por la depresión, y causa aproximadamente 1 millón de muertes al año, por suicidio, alrededor del mundo³.

El trastorno bipolar es uno de los trastornos mentales más comunes, severos y persistentes. La prevalencia conjunta de todos los trastornos bipolares ha sido valorada en un estudio de 12 meses, realizado en 2005 con una muestra de 9282 individuos

mayores de 18 años en EEUU en el que se reportó la presencia del trastorno en 2,6% de la población. La prevalencia del trastorno Bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6 % de la población general según DSM-IV, siendo igual para ambos sexos y entre grupos étnicos. La prevalencia del trastorno Bipolar tipo II está en torno al 0,5% de la población, también según DSM-IV, el cual es más prevalente en mujeres⁴. En México los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en cuanto a la manía y la hipomanía del trastorno Bipolar muestran una tasa en el último año de 0.9 y 1.1 respectivamente (5).

De acuerdo a estudios previos realizados en Norteamérica y Europa, la prevalencia de los Trastornos relacionados al Uso del Alcohol (TUA) es significativamente mayor entre los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar, sin importar el criterio diagnóstico y ventana de tiempo utilizada. De acuerdo al estudio *“Epidemiology Catchment Area (ECA)”* la prevalencia de Trastornos relacionados al Abuso de Sustancias en pacientes con TB-I es de 60%; siendo el alcohol la sustancia más utilizada dentro de esta categoría. Además, los pacientes con manía tenían una probabilidad 6 veces mayor de presentar alcoholismo que los pacientes sin diagnóstico de trastorno mental. Dentro de los trastornos psiquiátricos, aquellos relacionados con manía/hipomanía son los que más están asociados a alcoholismo.

En la *“American National Comorbidity Survey”* se observó que dentro de la misma población de pacientes con diagnóstico de TB la prevalencia de TUA como comorbilidad es mayor en hombres que en mujeres. Los pacientes masculinos con

diagnóstico de TB tienen de 2 a 3 veces más probabilidad de presentar un TUA como comorbilidad. Dichos resultados fueron obtenidos de manera similar en diferentes partes del mundo, con respecto a la prevalencia del alcoholismo en relación al género en pacientes con TB.

En algunos estudios clínicos realizados en Latinoamérica se observó una incidencia ligeramente significativa de alcoholismo en pacientes con TB, pero por debajo de los resultados descritos en las investigaciones norteamericanas. Sin embargo, se observó que la sintomatología del padecimiento era más difícil de tratar que la población sin TUA, con peor pronóstico, agresividad y mayor riesgo de suicidio.

Revisiones de estudios clínicos han evaluado una relación entre el uso de estabilizadores del estado del ánimo típicos con el mejoramiento de problemas relacionados con la abstinencia al alcohol y prevención de la recaída en pacientes con TB que presentan TUA.

En México el abuso del consumo de alcohol es un problema de salud pública, donde es la 4 causa de muerte (incluyendo cirrosis hepática, accidentes de vehículo de motor y homicidios relacionados al consumo del alcohol). Además de acuerdo con los datos arrojados por la encuesta nacional de adicciones, en México el 53.6% de los varones reportaron un consumo alto (mas de 5 bebidas en una sola ocasión) y un 20.8% de las mujeres reportaron consumo alto). De esta población el 6% desarrollo dependencia al alcohol lo que es equivalente a 4.9 millones de personas en México (15).

Se define gran bebedor de alcohol cuando la persona consume más de 5 tragos en una sola ocasión, definiendo como un trago a 355 ml de cerveza, 148 ml de vino o 44 ml de destilados.

CAPITULO III

HIPÓTESIS

Hipótesis activa H1

Existe asociación positiva de los trastornos bipolares uso y consumo de alcohol.

Hipótesis nula H0

No existe asociación de los trastornos bipolares con uso y consumo de alcohol.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar variables clínicas, como uso y consumo de alcohol y socio demográficas de pacientes en consulta psiquiátrica de primera vez con trastornos bipolares, trastornos depresivos y otros trastornos del estado de ánimo.

Objetivos específicos

1. Determinar la asociación entre trastornos del estado de ánimo y uso y consumo de alcohol.
2. Correlacionar los trastornos del estado de ánimo con variables clínicas y socio demográficos.

3. Discutir nuestros resultados con los de la literatura anglosajona.

Justificación

Se ha descrito la importancia de conocer las diferencias en las características de uso y consumo de alcohol y variables socio demográficos de los trastornos depresivos, trastornos bipolares y otros trastornos del estado de ánimo y a nuestro conocimiento no existen estudios que lo describan en nuestra población. Asimismo, tal importancia se justifica al levantar consciencia en la población médica sobre la evaluación y el tratamiento de estos pacientes cuando se conocen los aspectos comórbidos o multidisciplinarios de los trastornos del estado de ánimo y las diferencias entre ellos.

CAPITULO V

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Se realizó una búsqueda electrónica, a través del departamento de informática del Hospital Universitario “José Eleuterio González”, en el registro electrónico del departamento con los diagnósticos de Trastorno del estado de ánimo no especificado, Trastorno del estado de ánimo tipo bipolar y Trastorno del estado de ánimo tipo unipolar.

2.- Posteriormente se efectuó una búsqueda manual en los expedientes de los datos socio-demográficos y clínicos como: Consumo (frecuencia y cantidad) de alcohol, consumo de otras sustancias, antecedentes heredo-familiares de trastorno del ánimo, las cuales fueron autos reportados.

3.- Los datos obtenidos de la Entrevista Neuropsiquiatría Internacional (MINI), se revisaron manualmente.

Diseño del estudio

1.- Descripción del diseño:

Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte, donde se obtuvieron los expedientes de los pacientes de consulta de primera vez de 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013, del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”. Se realizó una búsqueda electrónica, a través del departamento de informática del Hospital Universitario “José Eleuterio González”, en el registro electrónico del departamento, con los diagnósticos de Trastorno del estado de ánimo no especificado, Trastorno del estado de ánimo tipo bipolar y Trastorno del estado de ánimo tipo unipolar. Los cuales tienen los siguientes códigos en la base de datos: 296.25; 296.21; 296.22; 296.23; 296.24; 296.26; 296.2; 296.3; 296.31; 296.32; 296.33; 296.34; 296.35; 296.36; 311; 296; 296.01; 296.02; 296.03; 296.04; 296.05; 296.06; 296.5; 296.51; 296.52; 296.53; 296.54; 296.55; 296.56; 296.4_1; 296.41; 296.42; 296.43; 296.44; 296.45; 296.46; 296.4_2; 296.6; 296.61; 296.62; 296.63; 296.64; 296.65; 296.66; 296.7; 296.89; 296.8; 293.83; 291.8_3; 292.84_1; 292.84_2; 292.84_3; 292.84_4; 292.84_5; 292.84_6; 292.84_7; 292.84_8; 296.9; 300.4; y 301.13. Además se realizó una búsqueda manual en los expedientes de los datos socio-demográficos y clínicos como: Consumo (frecuencia y cantidad) de alcohol, consumo de otras sustancias, antecedentes heredo-familiares de trastorno del ánimo, las cuales fueron auto reportados. Se registraron diagnósticos del DSM-IV TR y clínicamente de la Entrevista Neuropsiquiatría Internacional (MINI).

La consulta externa del departamento de psiquiatría, es una consulta de referencia para la población del noreste del país, donde se brinda atención de primera vez, a los pacientes que así lo soliciten, a través de su servicio de pre-consulta, esto es realizado por residentes del departamento, con supervisión de los maestros adjuntos a esta área, las supervisiones se realizan durante y después de la consulta, con una frecuencia diaria.

La Entrevista Neuropsiquiatría Internacional (MINI) es una entrevista breve y estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10 y del DSM-IV TR, para ser empleada por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y col. De la “*Salpetriere*” de Paris y D.Scheehan y col de la Universidad de Florida en Tampa, en los años 1992, 1994 y 1998. (14).

Para obtener los datos socio-económicos de los pacientes se realizó una búsqueda electrónica en el sistema electrónico del área de trabajo social del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

El área de trabajo social, está dirigida por una trabajadora social con el propósito de poder realizar estudios socio-económicos de cada paciente y determinar su capacidad de recursos y bienes para su atención medica. Además proporciona servicios de atención domiciliaria para poder brindar recomendaciones en sus tratamientos sociales.

2.- Población de Estudio:

Expedientes clínicos del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013, los pacientes fueron de la consulta de primera vez del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

3.- Criterios de Inclusión:

Pacientes de primera vez del 1 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013, que cumplan con los criterios diagnósticos del DSM IV para trastorno del ánimo no especificado, trastorno del ánimo de tipo bipolar y trastorno del ánimo unipolar.

Pacientes que se encuentren entre las edades de 18 a 80 años.

Pacientes que firmaron el consentimiento informado de la consulta de primera vez.

4.- Criterios de exclusión:

Pacientes que presenten datos insuficientes en la Entrevista Neuropsiquiatría Internacional (MINI), en el área de trastornos del estado de ánimo.

Pacientes con el Diagnostico actual o previo de Retraso Mental, por clínica.

Pacientes con Diagnostico actual o previo de Esquizofrenia, por clínica y/o por el MINI.

Pacientes con Diagnostico actual o previo de Autismo, por clínica.

Pacientes sometidos a algún procedimiento legal, de acuerdo al expediente clínico.

Paciente con dificultades en el entendimiento de la entrevista, evaluado por clínica.

5.- Criterios de Eliminación:

Imposibilidad para encontrar el Expediente.

Expediente no legible o datos insuficientes.

6.- Lugar de Referencia y Reclutamiento:

Expedientes de la Consulta Externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “José Eleuterio González”.

7.- Calculo del Tamaño de la Muestra:

La muestra se obtuvo de todos los expedientes de los pacientes de la consulta externa, que cumplieron con los criterios diagnósticos del DSM IV para Trastorno del Ánimo no especificado, Trastorno del ánimo tipo bipolar y Trastorno del ánimo unipolar y que además cumplieron con los criterios de inclusión, entre las fechas del 01 de enero del 2013 al 31 de diciembre del 2013. El tamaño de la muestra fue de 502 pacientes.

8.- Análisis Estadístico:

Para el análisis estadístico de las variables categóricas, socio-demográficas y los diferentes diagnósticos (trastorno del ánimo no especificado, trastorno bipolar y trastorno unipolar) se utilizó la Chi-cuadrada.

Para poder comparar las variables continuas (clínicas y socio-demográficas) con los diferentes diagnósticos (trastorno del ánimo no especificado, trastorno bipolar y trastorno unipolar) se utilizó la t-test y pruebas no paramétricas para distribuciones anormales.

El test de ANOVA se utilizó para comparar los diferentes diagnósticos (trastorno del ánimo no especificado, trastorno bipolar y trastorno unipolar) con las variables dependientes y observar si existe una diferencia significativa entre los mismos.

La regresión logística se utilizó para buscar una asociación entre las variables de interés (el abuso y consumo de alcohol) con los diferentes diagnósticos (trastorno del ánimo no especificado, trastorno bipolar y trastorno unipolar) y con las variables socio-demográficas y observar si existe una diferencia significativa.

CAPITULO VI

RESULTADOS

Características de la muestra

La muestra total es de 502 expedientes de los cuales 155 (30.88%) son hombres y 347 (69.12%) mujeres. El rango de edad fue de entre 18 y 83 años, con una edad media de 36.01 (Desviación estándar 15.33) para hombres y 37.59 (Desviación estándar 14.8) para mujeres. En el 40% (203) de la muestra el estado civil es casado o unión libre y un 60% (299) soltero. El 42% (209) estaban trabajando al momento de la consulta. En cuanto a religión el 69% (345) eran católicos, 12% (59) cristianos, 2% (9) testigos de jehová, 2% (19) otra religión y 15% (76) sin religión. Obtuvimos que el 14% (70) tienen educación de 0-6 años, 14% (72) de 7-10 años, 24% (122) de 10-12 años y 47% (236) más de 12 años. Tabla 1.

		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	155	31
	Femenino	347	69
Edo. Civil	Casado / UL	203	40
	No casado	299	60
Empleo		209	42
Religión	Católica	345	69
	Cristiana	59	12
	Testigo de Jehová	9	2
	Otro	19	2
	Sin religión	76	15
Educación	0-6 años	70	14
	7-9 años	72	14
	10-12 años	122	24
	>12 años	236	47

Tabla 1. Frecuencias de la muestra

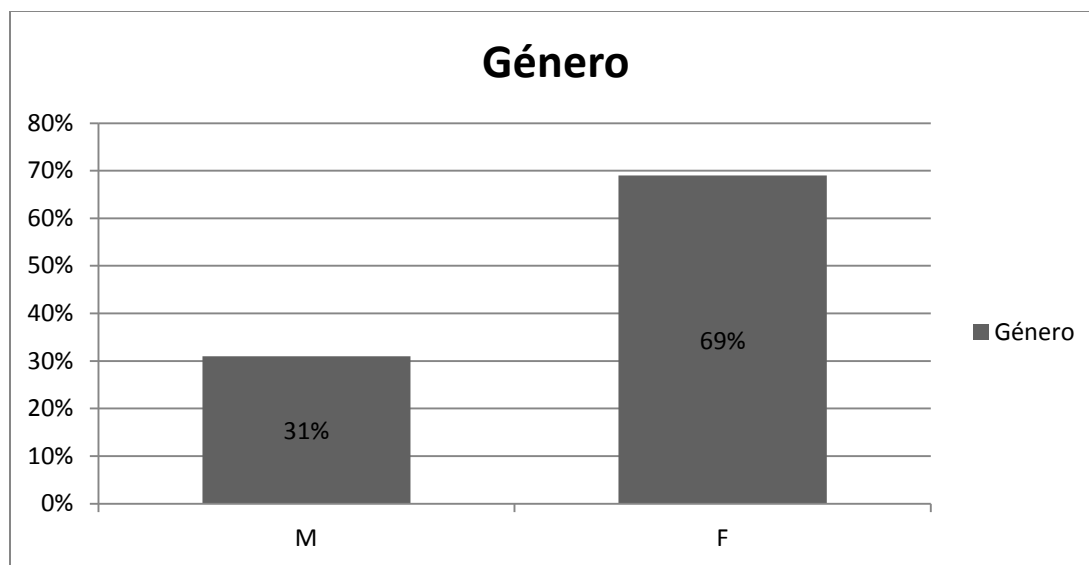


Figura 1. Muestra según género

Frecuencia de los trastornos del estado del ánimo

De los 502 expedientes encontrados obtuvimos una frecuencia de trastorno depresivo mayor del 59.7% (300); 8.3% (42) trastornos bipolares (I y II); 15.3% (77) trastornos del estado de ánimo no especificados; y 16.5% (83) otros trastornos del estado de ánimo.

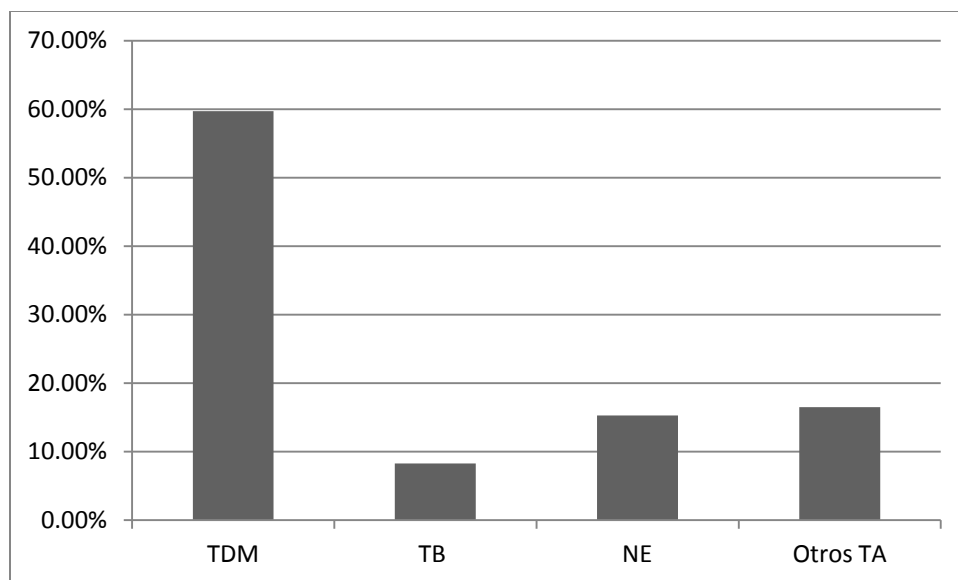


Figura 2. Diagnostico clínico de la muestra

Características clínicas

Dentro de las características clínicas encontramos que en nuestra población 13% (65) presentó hospitalizaciones previas; 36% (176) uso de tabaco; 52% (259) uso de alcohol; 23% (68) autolesiones; 41% (200) antecedente de familiares con alcoholismo; 41% (196) antecedente de familiares con algún trastorno del estado del ánimo; y 45% (168) presentaron comorbilidades. Tabla 2

	Frecuencia	%
Hospitalización previa	65	13
Uso de tabaco	176	36
Uso de alcohol	259	52
Autolesión	68	23
Antecedente de alcoholismo	200	41
Antecedente de TEA	196	41
Comorbilidad	168	45

Tabla 2. Características clínicas de la muestra

Características socio demográficas y clínicas por diagnóstico

Se encontró mayor prevalencia de mujeres en los todos los diagnósticos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno del estado de ánimo no especificado) 74%; 64%; 79%; y 57% respectivamente. La edad media de los pacientes con trastorno bipolar II y trastornos del estado de ánimo no especificados fue de 33.86 en comparación con trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar I 39.15; y 39.64 respectivamente. No se encontró variación en el IMC entre los distintos trastornos (25.97 vs 28.47 vs 25.63 vs 26.07).

Al momento de la evaluación 40% de los pacientes con trastorno depresivo mayor 46%; de trastorno bipolar I; 29% de trastorno bipolar II; y 45% de trastorno del estado de ánimo no especificado tenían un empleo.

El grupo en el que encontramos mayor antecedente de hospitalización previa fue el de trastorno bipolar I con 64%, seguido de trastorno bipolar II con 21%, después trastorno del estado de ánimo no especificado con 17 y al final trastorno depresivo mayor con 8%.

En cuanto al uso de sustancia obtuvimos que los grupos de trastorno bipolar II y trastornos del estado de ánimo no especificado tienen mayor uso de tabaco y alcohol con 50% y 53% para uso de tabaco y 64% y 75% para uso de alcohol respectivamente.

La edad de inicio de la sintomatología fue mayor en trastorno depresivo mayor con 32.5 ± 14.9 y menor en trastorno bipolar II con 26.7 ± 11.4 . También contrario a lo publicado en la literatura encontramos que el grupo con mayor comorbilidad fue el de trastorno depresivo mayor con 38% mientras que trastorno bipolar I y II tuvieron 11% y 22%. Tabla 3

		TDM (n=300)	TB1 (n=28)	TB2 (n=14)	TEANE (n=77)	Valor p
Género n (%)	Masculino	78 (26)	10 (36)	3 (21)	33 (43)	0.02
	Femenino	222 (74)	18 (64)	11 (79)	44 (57)	
Edad n (%)		39.15 ± 15.47	39.64 ± 11.83	33.86 ± 13.06	33.86 ± 14.67	0.031
IMC		25.97 ± 5.37	28.47 ± 6.24	25.63 ± 6.18	26.07 ± 4.98	0.168
Religión n (%)	Católica	211 (70)	20 (71)	10 (71)	44 (57)	0.1
	Cristiana	37 (12)	4 (14)	1 (7)	10 (13)	
	Testigo de Jehová	4 (1)	1 (4)	1 (7)	0 (0)	
	Otra	5 (2)	0 (0)	0 (0)	5 (6)	
	Sin religión	41 (14)	3 (11)	2 (14)	18 (23)	
Empleo n (%)		120 (40)	13 (46)	4 (29)	35 (45)	0.6
Educación n (%)	0-6 años	54 (18)	4 (14)	0 (0)	8 (10)	0.22
	7-9 años	48 (16)	6 (21)	2 (14)	6 (8)	
	10-12 años	72 (24)	7 (25)	5 (36)	21 (27)	
	>12 años	124 (41)	11 (39)	7 (50)	42 (55)	
Hosp. Previa n (%)		25 (8)	18 (64)	3 (21)	13 (17)	0.033
Tabaco n (%)		89 (30)	9 (32)	7 (50)	41 (53)	0.0003
Alcohol n (%)		129 (43)	11 (39)	9 (64)	58 (75)	0.001
Autolesión n (%)		31 (10)	7 (25)	7 (15)	15 (19)	0.1
Edad de inicio		32.5 ± 14.9	25.9 ± 8.5	26.7 ± 11.4	26.8 ± 14.5	0.006
Antecedente de TEA n (%)		114 (38)	12 (43)	9 (64)	29 (38)	0.16
Comorbilidad n (%)		113 (38)	3 (11)	21 (22)	22 (29)	0.01

Tabla 3. Características de la muestras

Características socio demográficas y clínicas según género

Al momento de la evaluación más hombres (52%) en comparación con las mujeres (37%) mantenían alguna forma de empleo. Los varones tienen mayor uso de tabaco que las mujeres (43% vs 32%) y mayor consumo de alcohol (66% vs 45%). El resto de las variables se observa en la tabla 4

		Hombres(n=155)	Mujeres (n=347)	Valor p
Empleo n (%)		81(52)	128 (37)	0.0012
Educación n (%)	0-6 años	18(12)	52 (15)	0.03
	7-9 años	17 (11)	55(16)	
	10-12 años	41(26)	81 (23)	
	>12 años	78 (50)	158 (46)	
Hosp. Previa n (%)		18 (12)	47 (14)	0.55
Tabaco n (%)		73 (43)	9 (32)	0.0003
Alcohol n (%)		102 (66)	157 (45)	0.0001
Antecedente de TEA n (%)		59 (38)	141 (41)	>0.05
Comorbilidad n (%)		55 (35)	113 (33)	>0.05

Tabla 4. Características socio demográficas según genero

Uso y abuso de alcohol por género

Los varones tienen mayor uso de alcohol en comparación con las mujeres (66% vs 45%). Se encontró una correlación estadísticamente significativa de abuso de alcohol dividido por genero, donde los pacientes masculinos consumían en mayor cantidad alcohol comparado con las pacientes femeninas (Masculinos gran bebedores 31% [n=31] vs Femeninas gran bebedoras 10% [n=36] $p=0.0001$). Tabla 4 y 5.

También se encontró una correlación estadísticamente significativa con el uso de alcohol dividido por genero, donde las pacientes femeninas son en su mayoría no bebedoras (Femeninas no bebedoras 58% [n=203] vs masculinos no bebedores 39% [n=62]). Tabla 5.

	Masculino (n=157)	Femenino (n=349)	
No consume	39% (n=62)	58% (n=203)	p=<0.05
Pequeño bebedor	29% (n=46)	31% (n=110)	p=<0.05
Gran bebedor	31% (n=31)	10% (n=36)	p=<0.05

Tabla 5. Uso y abuso de alcohol

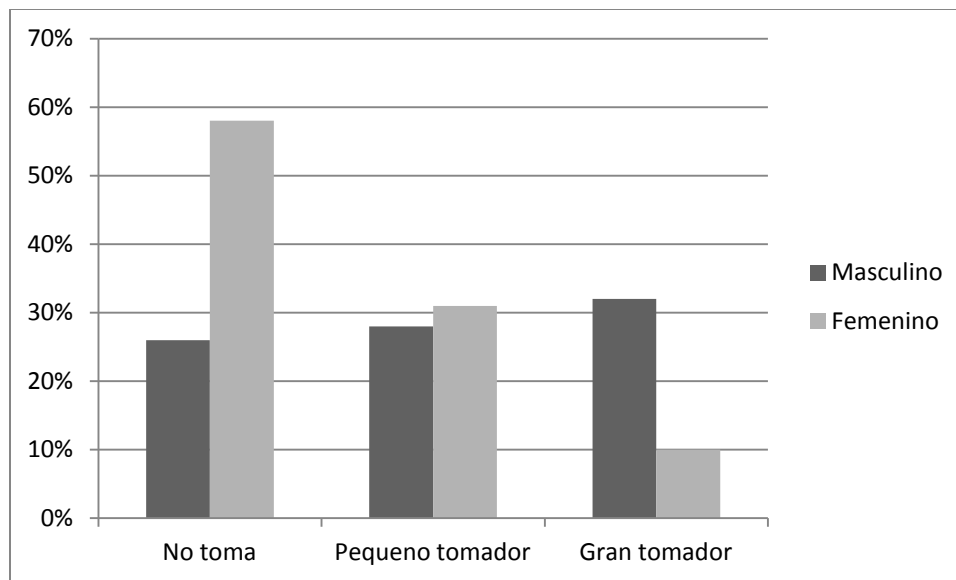


Figura 3. Abuso de alcohol según genero

Al dividir la muestra en masculinos y femeninos, entre los diferentes diagnósticos encontramos una diferencia significativa entre las mujeres bipolares tipo 2 gran bebedoras comparado con las mujeres gran bebedoras de los demás grupos diagnósticos. (TDM 11.8% [n=20], TB 1 4.8% [n=1], TB 2 31.8% [n=7], $p=0.001$) Tabla 6

Femeninas	TDM	TB 1	TB 2	Valor de p
No consume	48.5% (n=82)	66.7% (n=14)	9.1% (n=2)	p= 0.001
Pequeña tomadora	39.6% (n=67)	28.6% (n=6)	59.1% (n=13)	
Gran tomadora	11.8% (n=20)	4.8% (n=1)	31.8% (n=7)	

Tabla 6. Uso y abuso de alcohol en mujeres

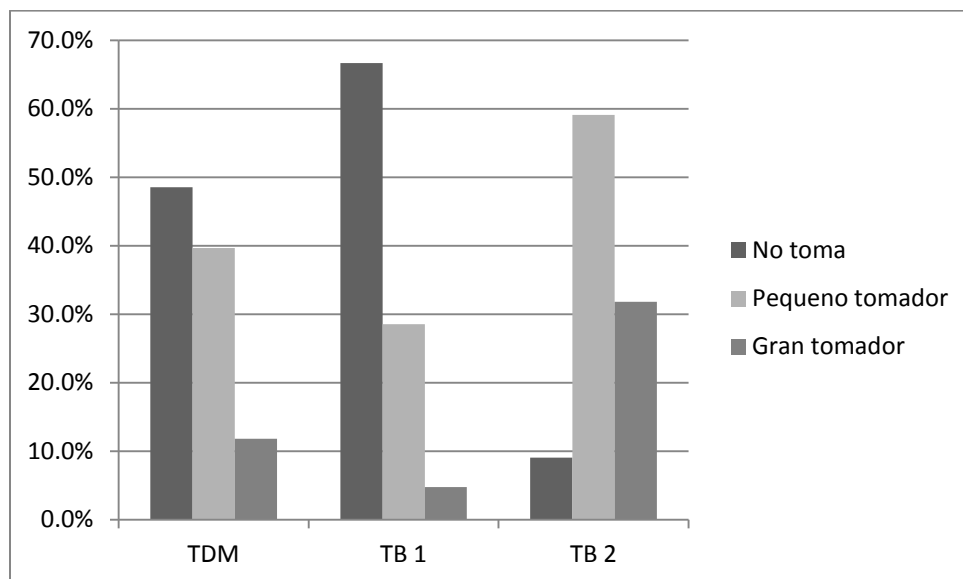


Figura 4. Abuso de alcohol en mujeres

No se encontró diferencia significativa entre los varones de los gran bebedores bipolares tipo 2 comparado con los masculinos gran bebedores de los demás grupos diagnósticos, (TDM 35.8% [n=29], TB 1 40% [n=4], TB 2 66.7% [n=8], $p=0.14$). Tabla 7.

Masculinos	TDM	TB 1	TB 2	Valor de p
No consume	33.3% (n=27)	10.0% (n=1)	16.7% (n=2)	p= 0.14
Pequeño tomador	30.9% (n=25)	50.0% (n=5)	16.7% (n=2)	
Gran tomador	35.8% (n=29)	40.0% (n=4)	66.7% (n=8)	

Tabla 7. Uso y abuso de alcohol en hombres

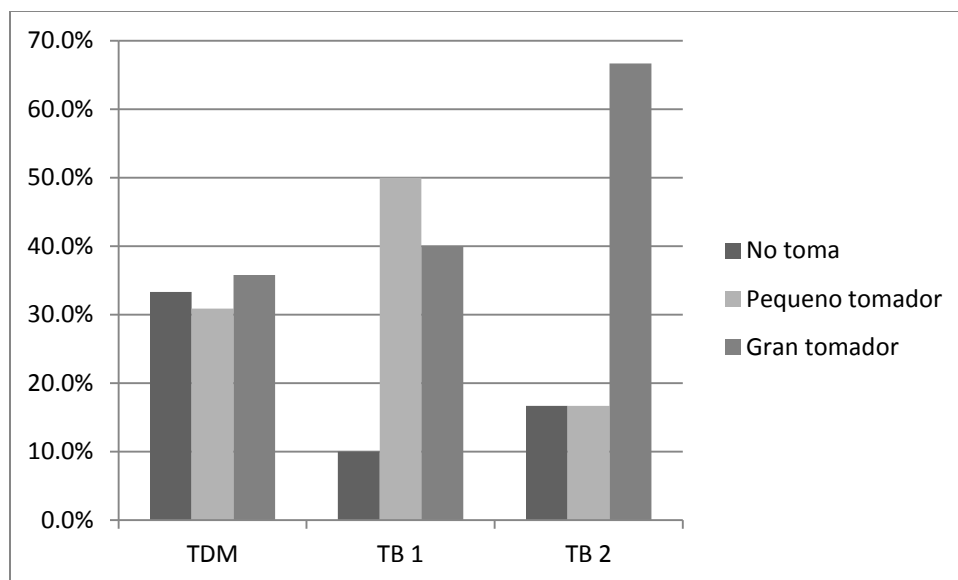


Figura 5. Abuso de alcohol en hombres

Uso y abuso de alcohol por diagnostico clínico

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el uso de alcohol y los diagnósticos clínicos donde el trastorno del ánimo no especificado tiene mayor uso de alcohol (TDM 43% [n=129], TB 1 39% [n=11], TB 2 64% [n=9], NE 75% [n=58] $p=0.0001$). Además de una correlación estadísticamente significativa entre abuso de alcohol (más de 5 tragos) y los diagnósticos clínicos, donde el trastorno del ánimo no especificado tiene mayor abuso de alcohol (TDM 10% [n=31], TB 1 14% [n=4], TB 2 36% [n=5], NE 39% [n=30] $p= <0.05$). Tablas 8 y 9.

	TDM	TB 1	TB 2	TEANE	Valor de p
Uso de OH	43% (n=129)	39% (n=11)	64% (n=9)	75% (n=58)	p=0.0001

Tabla 8. Uso de alcohol según diagnóstico clínico

	TDM (n=300)	TB 1 (n=28)	TB 2 (n=14)	NE (n=77)	Valor de p
No consume	37% (n=112)	50% (n=14)	21% (n=3)	16% (n=12)	p=<0.05
Pequeño bebedor	28% (n=85)	21% (n=6)	29% (n=4)	30% (n=23)	
Gran bebedor	10% (n=31)	14% (n=4)	36% (n=5)	39% (n=30)	

Tabla 9. Abuso de alcohol según diagnóstico clínico

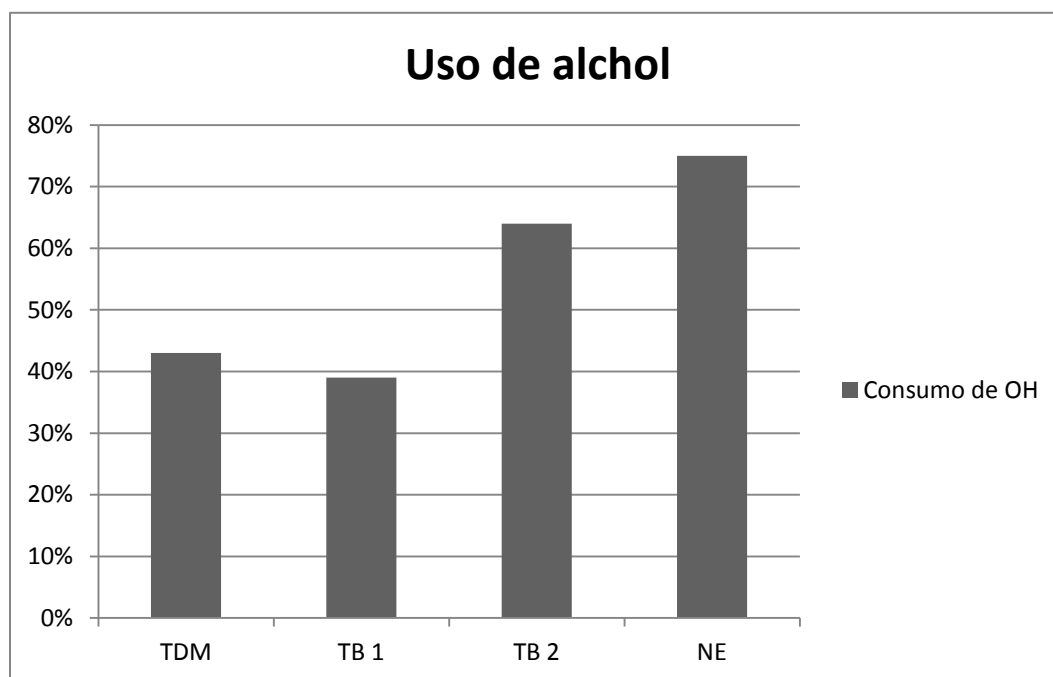


Figura 6. Uso de alcohol según diagnóstico clínico

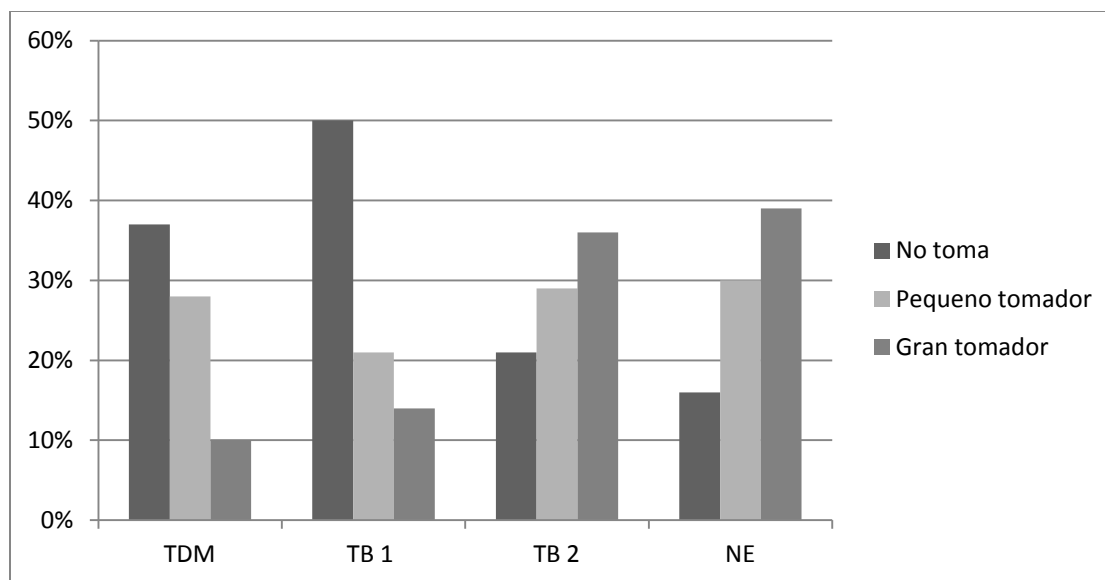


Figura 7. Cantidad de consumo de alcohol según diagnóstico clínico

Uso y abuso de alcohol por diagnostico de acuerdo a la entrevista MINI

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el uso de alcohol y los diagnósticos de acuerdo a la entrevista MINI donde el trastorno bipolar tipo 2 tiene mayor uso de alcohol (TDM 48% [n=153], TB 1 51% [n=19], TB 2 79% [n=30], $p < 0.05$). Además de una correlación estadísticamente significativa entre abuso de alcohol (más de 5 tragos) y los diagnósticos de acuerdo a la entrevista MINI, donde el trastorno bipolar tipo 2 tiene mayor abuso de alcohol (TDM 15% [n=49], TB 1 14% [n=5], TB 2 39% [n=15], $p < 0.05$). Tabla 10.

	TDM (n=321)	TB 1 (n=37)	TB 2 (n=38)	Valor de p
Uso de alcohol	48% (n=153)	51% (n=19)	79% (n=30)	p=<0.05
Género	30% (n=97)	32% (n=12)	34% (n=13)	p=<0.05
Femenino	70% (n=224)	68% (n=25)	66% (n=25)	
No consume	34% (n=109)	41% (n=15)	11% (n=4)	p=<0.05
Pequeño bebedor	29% (n=92)	30% (n=11)	39% (n=15)	
Gran bebedor	15% (n=49)	14% (n=5)	39% (n=15)	

Tabla 10. Uso y abuso de alcohol según diagnóstico con MINI

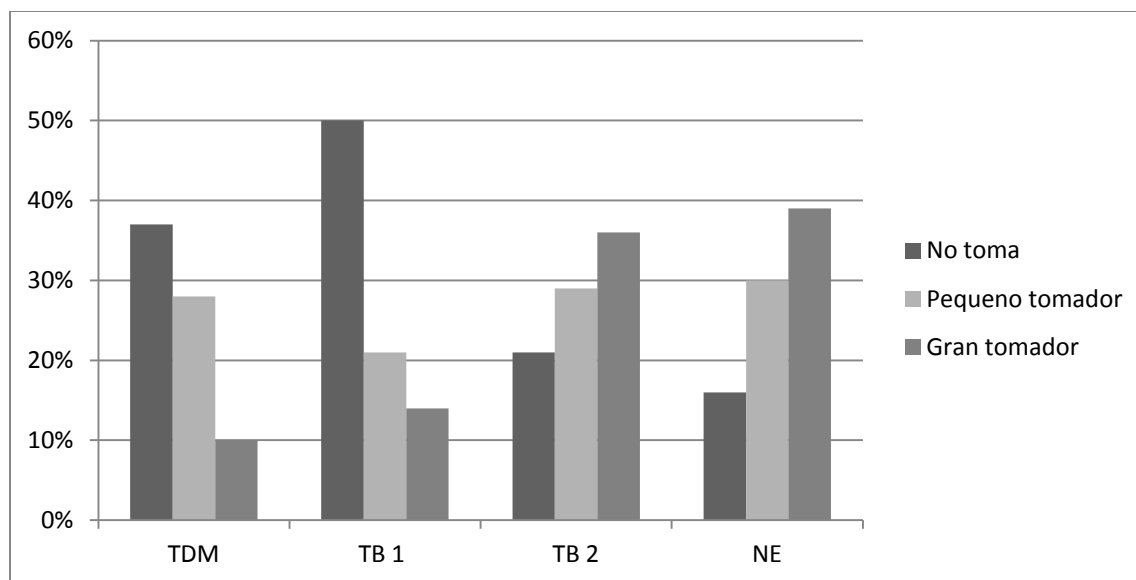


Figura 8. Cantidad de consumo de alcohol según diagnóstico por MINI

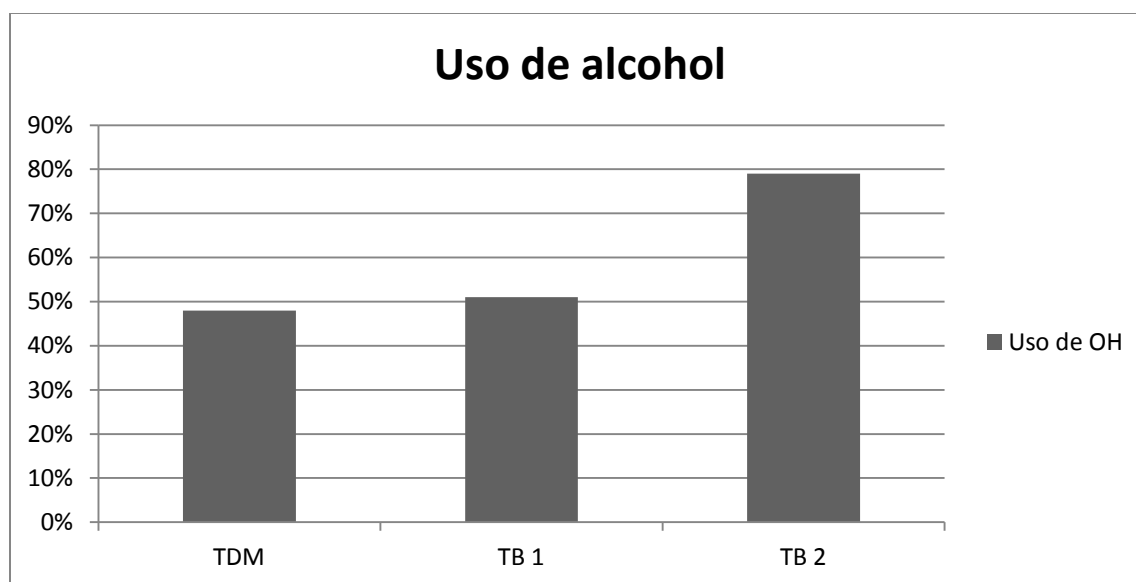


Figura 9. Uso de alcohol según diagnóstico por MINI

La edad de inicio del trastorno de ánimo no tomadores es mayor 36.8 años de edad comparado con los pacientes grandes tomadores de 26.31 años de edad, con una significancia estadística de $p=0.0002$. Tabla 11

No se encontró una significancia estadística entre el número y duración de hospitalizaciones e IMC comparados entre los diferentes diagnósticos y cantidad de consumo ($p=0.58$). Tabla 11

	Cantidad de consumo	Media	Desviación estándar	Valor de p
Edad de inicio de trastorno del animo	No consume	36.80	16.773	$p=0.0002$
	Pequeño tomador	28.69	14.10	
	Gran tomador	26.31	11.99	
Numero de hospitalizaciones	No consume	1.25	.62	$p=0.58$
	Pequeño tomador	1.67	.70	
	Gran tomador	1.71	1.89	
Duración de hospitalizaciones	No consume	23.77	33.55	$p=0.46$
	Pequeño tomador	31.56	33.87	
	Gran tomador	45.50	40.80	
Índice de masa corporal	No consume	25.88	5.67	$p=0.67$
	Pequeño tomador	25.30	5.14	
	Gran tomador	26.01	4.00	

Tabla 11. Índices de severidad y abuso de alcohol

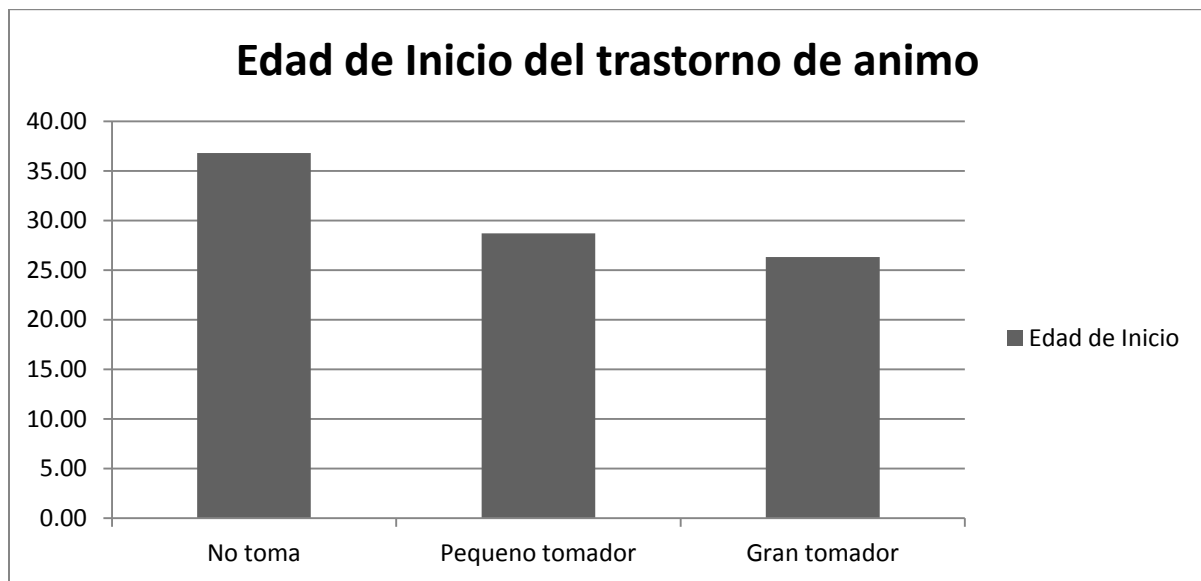


Figura 10. Edad de inicio de trastorno del estado de ánimo y abuso de alcohol

CAPITULO VII

DISCUSIÓN

Al igual que la literatura estadounidense, la mayoría de los pacientes fueron del sexo femenino 69%, con una edad promedio de 38 años de edad, con el diagnóstico de depresión unipolar como el más frecuente, de la misma manera las variables demográficas de estado civil son en su mayoría no casados 60% lo cual se encuentra un poco más elevado que lo reportado en la literatura con un 45% (13). Con una población predominantemente católica con un 69%. En cuanto los pacientes que tiene alguna forma de empleo se encuentran ligeramente elevados con un 42% comparado con el 40% de la literatura americana (13). El diagnóstico mas prevalente fue el de Trastorno depresivo unipolar con cerca del 60% de la muestra. En cuanto al consumo de alcohol por genero encontramos que los pacientes masculino tiene un mayor consumo de alcohol comparado con las pacientes femeninas (Masculinos gran bebedores 31% [n=31] vs Femeninas gran bebedoras 10% [n=36] $p=0.0001$). Tabla 4 y 5. Comparando nuestros resultados con los encontrados en el estudio con el de Harry Man Xiong Lai encontramos que en nuestro estudio la población con mayor consumo de alcohol fue la que tiene el diagnóstico de Trastorno bipolar tipo 2 con un 39% de abuso de alcohol, a diferencia del estudio de Harry Man Xiong Lai que encontró que los que presentan mayor abuso de alcohol son los pacientes con el diagnóstico de

depresión unipolar con cerca del 20% de la población con abuso de este. De acuerdo a los datos arrojados por el ECA Study el 60% de los pacientes con trastorno bipolar tipo 1 tiene abuso de alguna sustancia, siendo el alcohol el mas prevalente con el 46.2%. Sin embargo estos datos difieren con nuestro estudio donde el trastorno con mayor consumo de alcohol no es el trastorno bipolar tipo 1 sino el trastorno bipolar tipo 2 con un 39% de gran tomadores comparado con el 14% de los bipolares tipo 1, lo cual sugiere que la población mexicana podría comportarse diferente a la norteamericana. De la misma manera son los pacientes con trastorno bipolar tipo 2 los que tienen mayor uso de alcohol con un 79% comparado con el 51% de los pacientes con trastorno bipolar tipo 1. Por otro lado al dividir la muestra por sexo encontramos que las mujeres bipolares tipo 2 son las que consumen en mayor cantidad comparado con los diferentes grupos diagnósticos, incluso toman más que los varones bipolares tipo 2, lo cual es diferente a lo encontrado en la población general donde los varones son los gran tomadores. Esto nos puede sugerir que quizá el abuso de alcohol y los trastornos de ánimo estén relacionados más de lo normalmente creemos, en especial con las mujeres con trastorno bipolar tipo 2.

Por otro lado si el diagnostico se realiza con los datos clínicos encontramos una pequeña variación donde el trastorno con mayor uso y consumo de alcohol es el trastorno del estado de ánimo no especificado con un 39% de ellos siendo gran bebedores; estos datos pueden sugerir un par de hechos, el primero es que debido a la complejidad de síntomas que presentan los pacientes que padecen de trastorno bipolar tipo 2 es más difícil identificarlos y por lo tanto terminan en la clasificación de no especificado; por otro lado también nos sugiere que al ser los pacientes con trastorno

bipolar tipo 2 los que tienen mayor consumo de alcohol, esto dificulte el diagnóstico preciso debido a los síntomas sobre puestos con la dependencia a alcohol, siendo esto un reto diagnóstico y de tratamiento.

También observamos que tanto los pacientes con trastorno depresivo unipolar como los pacientes con trastorno bipolar con un inicio más temprano de síntomas son los pacientes que consumen mayor cantidad de alcohol, este dato concuerda con la clínica donde encontramos que a menor inicio de síntomas afectivos mayor la severidad y complejidad de la enfermedad, con comorbilidades en este caso el abuso de alcohol. Además queda clara la necesidad de continuar con este tipo de estudios debido a que si la población mexicana se comporta diferente a la estadounidense (como se ve en este estudio) es necesario elaborar guías y planes de tratamiento adecuados a nuestra población.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES

La población en estudio se comporta semejante a las poblaciones norteamericanas. Donde los pacientes masculinos consumen más cantidad de alcohol.

Existe una diferencia significativa en el uso y abuso de consumo de alcohol en los pacientes bipolares tipo 2 en comparación con los demás pacientes con trastorno del estado animo (uso 48% TDM, 51% TB 1, 79% TB 2) (abuso 15% TDM, 14% TB 1, 39% TB 2). Lo cual difiere con la literatura americana. Existe una diferencia significaba entre el consumo de alcohol de las pacientes femeninas entre los diferentes diagnósticos, siendo las pacientes bipolares tipo 2 las que consumen mayor cantidad de alcohol; incluso cuando se comparan con los pacientes masculinos bipolares tipo 2 los cual se comporta de manera diferente a la población general. También encontramos que a menor edad de aparición de síntomas afectivos existe mayor probabilidad de mayor consumo de alcohol y de abuso del mismo, tanto en pacientes unipolares como pacientes bipolares. Los pacientes con el trastorno bipolar tipo 1 presentan mayor numero de hospitalizaciones previas. Los pacientes bipolares presentan una edad de inicio más temprana comparada con los trastornos unipolares.

LIMITANTES

El tamaño de la muestra deberá ampliarse, sobre todo en pacientes bipolares para así aumentar el poder estadístico.

El diseño del estudio, al ser un estudio retrospectivo es difícil valorar las correlaciones y asociaciones antes descritas, es necesario realizar un estudio prospectivo.

CAPITULO IX

ANEXOS

B) MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) (MINI Y Lecrubier) (Psychometric MINI Beate Ohre)

A. Episodio depresivo mayor

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	➡ NO	SÍ	

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	➡ NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	⇒ NO	SÍ	

A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:				
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SÍ	18
B3	Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SÍ	25
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?			

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:		Puntos:	
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ 1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ 2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ 6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ 10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 10
A lo largo de su vida:			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

D. Episodio (hipo)maníaco

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
<p>D3 SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>					
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas? 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

NO	SÍ
↓	↓
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPOMANÍACO	MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO HIPOMANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	⇒ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	⇒ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA
sin agorafobia
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE
ANGUSTIA
con agorafobia
ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL
sin historial de
trastorno de angustia

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	⇒ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	⇒ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	⇒ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ⇒ H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	⇒ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	⇒ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NO SÍ 6 TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL </div>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	⇒ NO	SÍ	1						
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	⇒ NO	SÍ	2						
13	En el último mes:									
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3						
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4						
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5						
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6						
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7						
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8						
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	⇒ NO	SÍ							
14	Durante el último mes:									
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9						
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10						
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11						
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12						
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13						
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	⇒ NO	SÍ							
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	14	ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL		
NO	SÍ	14								
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL										

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1
----	---	----	----	---

J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	⇒ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.				
K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomé alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	<div>⇒</div> <div>NO</div> <div>SÍ</div>	
<p>RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:</p> <p>Estimulantes: anfetaminas, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes. Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, speedball. Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon. Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, peace pill), psilocybin, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA. Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (laughing gas), amyl o butyl nitrate (poppers). Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, reefer. Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal. Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia? ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____</p>				
b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:				
SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.			<input type="checkbox"/>	
SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.			<input type="checkbox"/>	
CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)			<input type="checkbox"/>	
K2	Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:			
a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA				
c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| e | ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SÍ | 5 |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? | NO | SÍ | 6 |
| g | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? | NO | SÍ | 7 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**DEPENDENCIA
DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:

- | | | | | |
|------|---|----|----|----|
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público? | NO | SÍ | 10 |
| d | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ | 11 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**ABUSO DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					EXTRAÑOS
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE: Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO	SÍ	11
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td></tr><tr><td colspan="2">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td></tr></table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td><td>18</td></tr><tr><td colspan="3">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td></tr></table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO											
		o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td></tr></table>			NO	SÍ				
NO	SÍ										
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table><tr><td>NO</td><td>SÍ</td><td>19</td></tr><tr><td colspan="3">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td></tr></table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											

M. Anorexia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1	a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulgadas
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg	
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SÍ	1	
M3	¿A pesar de estar bajo peso, tenía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ	2	
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO	SÍ		
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus periodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO	SÍ	6	

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15% por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	⇒ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	⇒ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	⇒ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	⇒ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	⇒ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NO SÍ BULIMIA NERVIOSA ACTUAL </div>		
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NO SÍ ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL </div>		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SÍ	1				
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SÍ	2				
CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.			NO	SÍ	3				
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SÍ	4				
O3	CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.								
En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:									
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5				
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6				
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7				
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8				
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9				
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10				
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?			<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	
NO	SÍ								
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL									

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

CAPITULO X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM IV. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría,
- 2) Wang, H. R., Woo, Y. S., Ahn, H. S., Ahn, I. M., Kim, H. J., & Bahk, W. M. (2015). THE VALIDITY OF THE MOOD DISORDER QUESTIONNAIRE FOR SCREENING BIPOLAR DISORDER: A META-ANALYSIS. *Depression and anxiety*, 32(7), 527-538.
- 3) Saxena, S. La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento. *Revista Internacional PEI*; Octubre 09, 2012
- 4) Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and co morbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Co morbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617-627.
- 5) Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ... & Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Co morbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783.

- 6) Hirschfeld, R. M., Williams, J. B., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck Jr, P. E., ... & Russell, J. M. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*.
- 7) Mingione, C. J. (2012). *Correlates of Alcohol Use Trajectories following Bariatric Weight Loss Surgery* (Doctoral dissertation, University of Cincinnati).
- 9) Hall-Flavin, D. K., Schneekloth, T. D., Loukianova, L. L., Karpyak, V. M., Lesnick, T. G., Biernacka, J. M., ... & Frye, M. A. (2011). Utilization of residential alcoholism treatment in bipolar disorder. *The American Journal on Addictions*, 20(1), 40-44.
- 10) Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., ... & Polidori, G. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama*, 291(21), 2581-2590.
- 11) Presley, C. A., & Pimentel, E. R. (2006). The introduction of the heavy and frequent drinker: a proposed classification to increase accuracy of alcohol assessments in postsecondary educational settings. *Journal of studies on alcohol*, 67(2), 324-331.
- 12) King, A. C., Houle, T., Wit, H., Holdstock, L., & Schuster, A. (2002). Biphasic alcohol response differs in heavy versus light drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(6), 827-835.
- 13) Nallet, A., Weber, B., Favre, S., Gex-Fabry, M., Voide, R., Ferrero, F., & Aubry, J. M. (2013). Screening for bipolar disorder among outpatients with substance use disorders. *European Psychiatry*, 28(3), 147-153.

14) M.P. García Portilla, M.T. Bascaran, P.A. Saiz, M. Parellada, M. Bousoño, J. Bobes. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 5 edición.

15) Medina-Mora ME, Villatorio-Velazquez JA, Fleiz-Bautista C, Tellez-Rojó MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol, www.inprf.gob.mx, www.canadic.gob.mx, www.cenedic.salud.gob.mx, www.insp.mx 2012

CAPITULO XI

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Pablo Patricio Zárate Garza

Candidato para el Grado de Especialista en Psiquiatría

Tesis: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: ANTECEDENTE DE USO Y ABUSO DE ALCOHOL Y VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES DE CONSULTA PSIQUIÁTRICA DE PRIMERA VEZ CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.

Campo de estudio: Ciencias de la Salud

Biografía

Datos Personales: Nacido en Saltillo, Coahuila el 14 de noviembre del 1985, hijo de José Antonio Vicente Zárate Valderrama y Silvia Leticia Garza Carranza.

Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, grado obtenido Médico Cirujano y Partero 2011, con mención honorífica por merito educativo.